

ANTES DEL CAMBIO

DESPUES DEL CAMBIO

1 Nombre del Empleado	Reyes Malavé, Zulma
2 Núm. Seg. Social	322-22-4305
3 Sexo	F
4 Estado Civil	Soltera
5 Prep. Académica	12 (15)
6 Experiencia	
7 Status Empleado (Contrato)	Trabajador Provisional (D)
8 Sueldo Bruto	1,000
9 Núm. de la Plaza	
10 Categoría de la Plaza	Teatro 9813
11 Clasificación Puestos Dir	
12 Fondo	Asesatal
13 Cifra Cuenta	91-III-061-03-101
14 Fecha de Efectividad	3 septiembre 1991
15 Acción y Duración	Nombramiento provisional hasta fin de año
16 Causa del Cese	
17 Último Día Trabajo	
18 Último Día de Pago	
19 Programa Escolar	Teatro
20 Turno en Registro	Recomendación
21 Distrito Escolar	Arroyo

Por Julie Bonas Labrador quien renuncio efectivo al 30 de agosto 1991

LICENCIA POR VACACIONES y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA

22 Desde

23 Hasta

24 Observaciones (Antes del Cambio)

25 Observaciones (Después del Cambio)

Se agotó el registro Provisional

Descuento Medicare Ley 99-272

26

Firma Empleado en caso de cambio de contrato a probatorio, traslado, reasignación permanente o descenso

Fecha

27 Deseo:

Acogerme

No acogerme

Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente.

DO. RO. VICTOR CARRASCO AGOSTE  
DIRECTOR REGIONAL

28 Recomendado

Julio Rodriguez Valenzuela 4 septiembre 1991

Superintendente de Escuelas

Fecha

Firma del Empleado

Fecha

30 APROBADO: POR EL SECRETARIO DE INSTRUCCION PUBLICA

FIRMA

FECHA

\* Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

FORM. 409 ESPECIAL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
DIVISION DE PERSONAL - HATO REY, PUERTO RICO

## INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

	I ANTES DEL CAMBIO	I DESPUES DEL CAMBIO
1. NOMBRE DEL EMPLEADO	REYES MALAVE, ZULMA	
2. NUM. SEGURO SOCIAL	0002000-6396	
3. EXPERIENCIA	06-00-00-0-0	
4. STATUS EMPLEADO	PROBATORIO	PERMANENTE
5. NUM. DE PUESTO	R12042	
6. CATEGORIA DEL PUESTO	19813-MAESTRO TEATRO	
7. FONDO	1111 - ESTATAL	
8. CIFRA DE CUENTA	198-111-061-09-404-001-00-1110-01-000006-0000	
9. FECHA EFECTIVIDAD		1/SEPT/97
10. ACCION Y DURACION		CAMBIO DE STATUS
11. DISTRITO ESCOLAR	1008 - ARROYO	
LICENCIA POR VACACIONES Y/O ENFERMEDAD CONCEDIDA		
12. DESDE		13. HASTA
14. OBSERVACIONES (ANTES DEL CAMBIO)		15. OBSERVACIONES (DESPUES DEL CAMBIO)
CONSIDERE SOLAMENTE PARA CAMBIO DE STATUS		CONTINUA RESTO AÑO EN EL PUESTO NUMERO EN EL DISTRITO
16. APRDORADO POR EL SECRETARIO DE EDUCACION O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO		OCT 17 1997
FIRMA		FECHA



01 de abril de 2019

DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
SECCIÓN DE NOMBRAMIENTOS Y CAMBIOS  
APARTADO 190759

Solicitud No:  
Radicada en:

956292  
05 dic 2018

SAN JUAN PR 00919 0759

Atención: Sr. Enoch González Vélez

El(la) profesor(a) ZULMA REYES MALAVE con seguro social XXX-XX-6396 ha radicado una Solicitud de Retiro en nuestro Sistema. Al 06 de marzo de 2019, fecha de su última aportación recibida,

cualifica no cualifica para acogerse a la jubilación.

Su tiempo cotizado y edad es el siguiente:

29 Años, 6 Meses, 0 Semanas, .00 Días y su edad es 62 años.

Los pagos pendientes no están considerados en esta certificación. Los mismos son:

Reconocimiento de Tiempo  
Diferencia en % por transferencia recibida  
Reembolso de Cuotas  
No aplica

El tiempo certificado puede variar, de encontrarse diferencias en el Informe de Cambio, enviado por el Departamento de Educación u otras Instituciones Gubernamentales y de existir anulaciones futuras entre cuentas que afecten las aportaciones del Sistema.

Deberá permanecer cotizando en nuestro Sistema hasta la fecha que proyecta retirarse.

El plan médico y planes suplementarios deben ser pagados directamente a las aseguradoras hasta tanto envíen las autorizaciones de descuentos para tramitar su pensión.

Atentamente,

Franklin E. Lopez Diaz  
Área de Servicios de Retiro

C: ZULMA REYES MALAVE  
JARDINES DE ARROYO  
AL 17 CALLE Y  
ARROYO. PR 00714

XXX-XX-6396

235 Avenida Arterial Hostos, Edificio Capital Center, Torre Norte, Hato Rey, Puerto Rico 00918  
P.O. Box 191879, Hato Rey, PR 00919-1879

srm\_correspondenciaconsulta@srm.pr.gov (787) 777-1414 <http://www.srm.pr.gov>



Area de Servicios de Retiro  
**SOLICITUD DE RETIRO**

Mérito  Años de Servicios y Edad  Edad  Diferido  Incapacidad  Suplementaria

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Solicito los beneficios del retiro, de acuerdo a las disposiciones de la Ley 160 del 24 de diciembre de 2013.

Nombre <i>Zulma B. Reyes Malave</i>	Seguro Social <i>000-00-6396</i>	Fecha de Nacimiento (D-M-A) <i>20-09-1962</i>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado	Número de Teléfono y Celular <i>787-617-5396 787-535-6673</i>	Correo Electrónico <i>zr-teatr@hotmail.com</i>	
Dirección Postal <i>Urban. Jardines de Arroyo Colle Y-AI-17 Arroyo, P.R. 00714</i>	Dirección Residencial		<input checked="" type="checkbox"/> Igual a la Postal
Agencia Donde Trabaja <i>Departamento de Educación</i>	Pueblo Donde Trabaja <i>Arroyo</i>	Puesto que Ocupa <i>Hazquier</i>	Fecha Efectividad Renuncia <i>30- Sept. 2019</i>
Nombre, Dirección y Teléfono del Familiar Cercano (Aplica solamente a Solicitud de Incapacidad)			
Prestamo con SRM <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Prestamo <input type="checkbox"/> Hipotecario <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Viaje Cultural		
Prestamo con AEEA <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Prestamo <input type="checkbox"/> Hipotecario <input checked="" type="checkbox"/> Personal		
Indique si es beneficiario o está en trámite de alguna Pensión por Incapacidad Entidad a la que se le reclamo la Incapacidad y/o la otorgó <input type="checkbox"/> Fecha de Otorgación (D-M-A)			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>24-mayo-2019</i> Fecha (D-M-A)		

*Zulma B. Reyes Malave*  
Firma del Participante

*24-mayo-2019*  
Fecha (D-M-A)

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (INCAPACIDAD)**  
AUTORIZO al Sistema de Retiro para Maestros a tener acceso a mi Historial Laboral o Médico que pueda constatar cualquier agencia, departamento estatal, municipal o federal y/o agencias privadas o públicas fuera de Puerto Rico para uso de una Investigación Oficial de ser necesario.

*Zulma B. Reyes Malave*  
Firma del Participante

*24-mayo-2019*  
Fecha (D-M-A)

**PARA USO DEL PATRONO**

CERTIFICO que <i>Zulma B. Reyes Malave</i> <input checked="" type="checkbox"/> servicio activo <input type="checkbox"/> licencia		Certificación del Supervisor Inmediato <i>Natividad Rodríguez González</i> Nombre y Apellidos	se encuentra actualmente en
Renuncia Efectiva (D-M-A) <i>20 Septiembre 2019</i>	Nombre de la Escuela o Agencia <i>Natividad Rodríguez González</i>	Especifique el tipo de licencia	
Nombre del Superintendente de Escuelas o Jefe de Personal del Departamento o Agencia <i>Natividad Rodríguez González</i>	Firma del Superintendente de Escuelas o Jefe de Personal del Departamento o Agencia <i>Natividad Rodríguez González</i>		



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
SECRETARIA AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS  
RETIRO DOCENTE

### CERTIFICACIÓN RADICACIÓN SOLICITUD DE RETIRO

De conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 208 del 21 de diciembre de 2010, certifico que:  
INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre y apellidos: Zulma B. Reyes Molave

Seguro Social: 000-00-6396

Puesto: Maestra

Región Educativa: Caguas

Distrito: Caguama

Escuela: Natividad Rodríguez Canóz

Municipio: Arroyo

Fecha radicación solicitud de retiro: 28/mayo/2019

Fecha efectividad de renuncia: 30 : Septiembre 2019

Solicitud Excepcional

Razón: \_\_\_\_\_

Clasificación del Puesto:  Maestro  Director  Trabajador Social  Orientador

Categoría: Maestra de Bellas Artes Número de Puesto: R 12042

Realizó la debida notificación de su intención de jubilarse hoy, 24 de Mayo de 2019

José S. González Colón

Nombre en letra de molde del  
Director de Escuela o Representante Autorizado

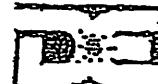
Alberto J. Colón

Firma del Director de Escuela  
o Representante Autorizado

Observaciones:  

Este formulario debe contener en original el sello del la Escuela o Representante, según corresponda para que se valide la autenticidad del mismo  
y sea sometido junto a la Solicitud de Retiro del Sistema de Retiro de Recursos Humanos (SRH) para el trámite correspondiente.

Oficina Regional  
PO Box 393  
Caguas, PR 00726



PO BOX 190758, SAN JUAN PUERTO RICO 00919-0758 TEL (787) 773-2626-2725-6288 FAX (787) 759-7097

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho